TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. ROCHER

PARIS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE JEAN GAINCHE

15, rue de Verneuil, 15

1904



TITRES SCIENTIFIQUES

Préparateur d'histoire naturelle P. C. N. au laboratoire du Prof. Gruvel, chef des travaux.

Externe des hopitaux de Bordeaux (1896 à 1898).

Interne des hopitaux de Bordeaux (1898 à 1902).

Moniteur d'accouchements a la Faculté de médecine (1900-1901).

Aide d'anatomie a la Faculté de médecine (1899 à 1901).

Prosecteur-adjoint a la Faculté de médecine (1901-1902).

Docteur en médecine (1902).

Chef de clinique chirurgicale infantile (1902-1903-1904).

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux.

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1898. Concours de 3e année : 1er prix : médaille d'argent.

1900. Concours de 4e année : mention très honorable.

1901. Prix de la ville de Bordeaux : médaille de vermeil.

1902. Prix Godard des thèses : 2e prix : médaille d'argent.

LAURÉAT DES HOPITAUX

Prix de l'internat : **Médaille d'or** (1901).

Prix du docteur Levieux (1902).

Lauréat (*bis* : 2e prix) de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'internat (1902-1903)
(En collaboration avec le Professeur agrégé Gentes)

Conférences de clinique chirurgicale infantile
(1902-1903-1904)

Enseignement de la médecine opératoire
comme prosecteur attaché au laboratoire du Professeur Masse

Collaborateur de la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*.

TABLE ANALYTIQUE

I. — ANATOMIE

II. — CHIRURGIE GÉNÉRALE

III. — CHIRURGIE INFANTILE

IV. — MÉDECINE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

Etude anatomique d'un ectromélien double
(Société d'anatomie de Bordeaux, 26 octobre 1903).

L'absence congénitale complète des deux membres supérieurs avait apporté les modifications suivantes au point de vue anatomique dans la ceinture scapulaire :

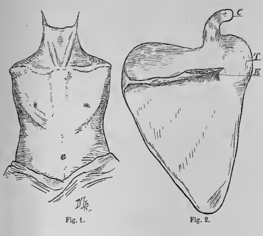


Fig. 1. Fig. 2.

1° Le développement d'une tubérosité : *tête scapulaire*, à la place de la cavité glénoïde ; tête recouverte d'un mince fibro-cartilage et destinée à l'insertion, au niveau de sa péri-

phérie, des muscles qui normalement s'insèrent sur la tête humérale, plus le petit rond (figures 1 et 2).

2° La formation d'un centre tendineux que je dénomme *tendon arqué* pour l'insertion des muscles scapulo-thoraciques qui normalement s'insèrent sur le tiers supérieur de la diaphyse (plus le petit rond) (figure 3).

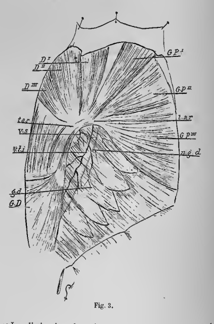


Fig. 3.

3° La diminution du volume et l'atrophie des muscles dont le changement d'insertions a déterminé la diminution ou la suppression presque totale de leur fonction.

4° La formation de muscles surnuméraires (omo-coracoïdien, acromio-claviculaire) ; anomalies de forme (muscle grand dorsal digastrique) et d'insertions (grand dentelé, petit pectoral).

5° Des modifications vasculaires et nerveuses.

6° Le développement d'une scoliose dorsale à convexité droite, une légère atrophie de la clavicule.

*

Anomalies de l'appareil excréteur du rein. Duplicité incomplète de l'uretère gauche. Dilatation ampullaire de l'uretère droit. (Société d'anatomie de Bordeaux, 4 décembre 1899).

Anomalies rencontrées à l'autopsie d'une enfant de trois ans. Les deux uretères gauches se réunissent à trois centimètres de la vessie ; en haut, ils s'abouchent dans deux bassinets ; deux artères rénales (la supérieure étant la plus importante), nées séparément de l'aorte, desservent le rein.

*

Muscle épitrochléo-cubital. (Société d'anatomie de Bordeaux, 21 mai 1900, en collaboration avec le Dr Désourteaux.)

*

Contribution à l'étude du palmaire cutané chez l'homme (Société d'anatomie de Bordeaux, 19 novembre 1900).

Recherches concernant surtout la vascularisation et l'innervation de ce muscle.

*

Disposition anormale de l'insertion du mésentère. (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 octobre 1903).

Insertion bicoudée du mésentère à la paroi postérieure, lui imprimant une direction spéciale (ligne C. F. E. D., figure 4) ; au point F., l'intestin grêle adhère à la fosse

iliaque comme le duodénum à la paroi postérieure de l'abdomen, et ne possède pas de méso sur une étendue de 4 centimètres environ. A partir de ce point, le mésentère apparaît sur l'intestin : sur le bout duodénal, il gagne vite sa hauteur normale ; sur le bout cœcal, il présente au plus 5 à 6 centimètres de hauteur et correspond à 6 ou 7 centimètres d'intestin.

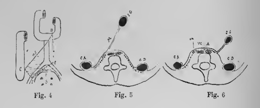


Fig. 4 Fig. 5 Fig. 6

Il s'agit, à notre avis, d'un processus anormal d'accolement du feuillet gauche du mésentère au péritoine pariétal avec disparition sur un certain trajet de tout méso. (Comparer fig. 5, disposition normale, avec fig. 6, disposition anormale du mésentère).

*

Anomalie de l'artère méningée moyenne.
(Société d'anatomie de Bordeaux, 4 décembre 1899.)

Anomalie consistant dans sa naissance sur le côté externe de l'artère ophtalmique ; elle se dirige en avant et, après un centimètre de trajet, fournit la lacrymale, puis se recourbe et, dans ce trajet rétrograde, traverse la fente sphénoïdale à sa partie externe, passe au-dessous de la petite aile du sphénoïde et s'épanouit sur la face externe de la dure-mère.

*

Quelques considérations sur la persistance du trou de Botal chez l'enfant (Société d'anatomie de Bordeaux, 4 décembre 1899.)

Etude et dissection anatomique de deux pieds bots varus (*Bulletin de la Société de Pædiatrie de Bordeaux*, 26 janvier 1904).

Ces pièces proviennent d'un enfant de six mois, atteint de spina-bifida dorso-lombo sacré et porteur également d'une laparocèle par aplasie musculaire. Nous étudions la disposition des os, des muscles (et leurs anomalies), des vaisseaux et des nerfs (énorme hypertrophie du nerf tibial postérieur). Nous attribuons une grande importance pathogénique au spina-bifida dans le développement de ces pieds bots.

*

Rates surnuméraires chez l'enfant
(Société d'anatomie de Bordeaux, 28 septembre 1903).

Elles se rencontrent fréquemment chez les enfants ; plus tard, elles s'atrophient, régressent. Ces modifications se constatent au microscope. Nous les avons rencontrées souvent au hile de la rate, dans l'épiploon gastro-splénique, dans le ligament pancréatico-splénique et dans le grand épiploon. La figure 7 représente deux corpuscules spléniques présentant une disposition en chapelet ; la figure 8, un petit lobule splénique en rapport avec la queue du pancréas.

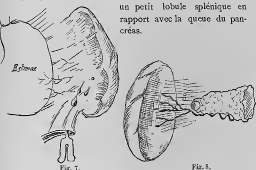


Fig. 7. Fig. 8.

Muscle digastrique occipito-facial
(Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 29 juin 1903).

C'est là le nom d'un muscle anormal rentrant dans la catégorie des muscles peauciers du cou et de la tête et dont nous n'avons pas trouvé jusqu'ici la citation dans la littérature anatomique.

Comme l'indique la figure 9, il s'étend dans un long

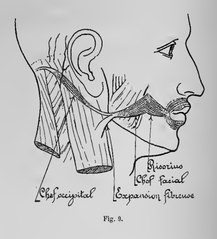


Fig. 9.

trajet sinueux de la protubérance externe au risorius; il se compose de deux portions musculaires réunies par un tendon intermédiaire. Le *chef occipital* s'insère en arrière par des fibres tendineuses se confondant et se fusionnant avec les fibres d'insertion du trapèze à la ligne courbe occipitale supérieure. Le *chef facial*, d'aspect triangulaire, est en rapport par sa base avec le risorius, et les fibres de ces deux muscles se pénètrent mutuellement. Il présente une

expansion fibro-musculaire qui gagne le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Ce muscle digastrique représente un type d'anomalie complexe.

Des anomalies à peu près similaires de chacun des chefs envisagés séparément ont été décrites et étudiées par Chudzuiski, Schultze, Santori et Cruveilhier.

*

Note sur certains ganglions lymphatiques du testicule (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 9 septembre 1901).

En disséquant les éléments du cordon d'un testicule atteint de cancer (la section du cordon avait été faite au niveau de l'anneau inguinal supérieur), nous avons rencontré, au-dessous de la fibreuse, dans leur traversée inguinale, trois ganglions lymphatiques néoplasiques. L'examen clinique du malade ne nous avait pas informé de leur existence, et nous n'avions également senti aucun ganglion dans la région lombaire.

C'est là un siège anormal des ganglions du testicule ; nous ne croyons pas qu'il ait été signalé déjà. Ce fait est à rapprocher de celui observé par Cunéo; cet auteur rencontra trois ganglions le long des lymphatiques du testicule, au cours de leur passage dans la fosse iliaque.

Cette constatation anatomique qui fait l'objet de notre travail est un argument de plus en faveur des interventions larges et hautes sur le cordon, en matière de castration pour cancer.

II. — CHIRURGIE GÉNÉRALE

Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique (Thèse de Doctorat, 1902, Bordeaux).

Ce travail contient 141 observations, dont 45 sont personnelles ou inédites, et en constituent surtout la base.

Je ne saurais mieux indiquer l'état du traitement chirurgical de la gangrène dans ces dernières années, qu'en rapportant textuellement quelques passages du chapitre premier intitulé *Evolution des idées sur le traitement chirurgical de la gangrène :*

En réunissant en un faisceau toutes les opinions qui ont été émises, on voit combien il existe d'évidentes contradictions.

« Opérez, disent les uns, avant la formation du sillon d'élimination; opérez d'emblée et n'attendez pas que des phénomènes graves vous pressent d'agir. Plus vous attendez, plus le sujet s'intoxique du fait de sa gangrène, moins favorables sont pour vous les conditions d'intervenir, moins nombreuses sont les chances de réussir. »

« — N'opérez pas, disent les autres ; vous ne pouvez calculer sur le siège de l'amputation, le sphacèle ne s'étant point limité et pouvant même, après une phase apparente d'arrêt, remonter plus haut... Attendez ! car à mesure que le sillon d'élimination se creuse, il survient une amélioration générale dont il faut profiter. »

« — Mais, répondent les premiers, pendant que vous temporisez, êtes-vous sûr que la résorption purulente et toxique qui épuise et mine votre malade ne marchera pas plus vite que le processus de délimitation et d'élimination ?... Vous aggravez par vos délais la situation de l'état général. »

Ce n'est point seulement la question de temps opportun qui est agitée, mais celle aussi du siège de l'intervention.

Pour une même gangrène, on voit préconiser l'amputation du pied, de la jambe ou de la cuisse.

De telle sorte que nous posons dès le début de cette étude le problème suivant : Doit-on opérer les gangrènes? Quand et comment faut-il les opérer?

Après avoir dit ce qu'était le traitement de la gangrène avant la période antiseptique, nous montrons les hésitations des premiers interventionnistes, puis nous donnons les idées des différents chirurgiens qui ont écrit sur la question, aussi bien en France qu'à l'étranger, en joignant les résultats obtenus (François, Trudeau, Follin, M. Raynaud, Salze, Spillmann, H. Henry, Lejars, Jeannel, Lacq, Verneuil, Forestier, Tedenat, Forgue, Reclus, etc..., J. Hutchinson, Billroth, Heidenhain, Z. von Manteuffel, Dobson, Bellingham Smith, Landow, etc.).

Dans le chapitre second, nous rapportons nos *observations* en les classant d'après le territoire intéressé : gangrène des orteils, de l'avant-pied, du pied, du pied et de la jambe, ayant dépassé le genou, du membre supérieur.

Indications opératoires

Nous demandant sur quelles *indications* le chirurgien doit se baser pour opérer, « l'intervention, pensons-nous, « s'impose dans presque tous les cas de gangrène, car celle- « ci est un danger non seulement local, mais aussi pour tout « l'organisme ; elle est la cause de douleurs violentes et la « source d'une intoxication et d'une infection générales, aux- « quelles ne peut mettre fin, d'une manière radicale et efficace, « que l'amputation en lieu élevé. Elle épargne au malade « l'épuisement que cause une lente élimination du sphacèle « et toutes les complications qui peuvent survenir au cours « de la gangrène. »

Trois importants facteurs sont donc à considérer dans l'évolution d'une gangrène : la *douleur*, *sa marche*, *son retentissement sur l'état général.*

1° En tant que symptôme, nous étudions la douleur aux différentes périodes de l'affection et dans toutes ses modalités. Dans certains cas, ces malades, en proie aux atroces et terribles souffrances de la gangrène, se tiennent pendant plus ou moins longtemps *assis sur le bord du lit, la jambe pendante*, cette position pouvant seule les soulager ; c'est là un signe sur lequel, depuis plusieurs années, notre maître, le prof. Demons, a attiré l'attention de ses élèves.

Au point de vue pathogénique, la douleur relève de trois facteurs principaux : l'insuffisance d'irrigation artérielle, la névrite et, plus tard, l'inflammation par infection surajoutée.

L'amputation haute supprime radicalement la douleur ; on ne s'étonnera donc pas que nous insistions, au point de vue *indication opératoire*, sur l'importance de cette *douleur, si intense et si rebelle*.

2° *L'étendue du sphacèle et son évolution plus ou moins rapide*, *la trophicité du membre au-dessus de la lésion*, *l'état des artères et le niveau de leur oblitération* seront autant de points à examiner, pour décider de la nécessité de l'intervention et de son siège.

En général, comme nous le faisons remarquer avec Cair, la gangrène évolue systématiquement, et l'étendue de ces lésions est en rapport avec l'importance du ou des territoires artériels frappés.

La gangrène peut frapper un ou plusieurs orteils ; elle peut les frapper tous, et le sillon d'élimination est en tout semblable, comme forme et direction, au tracé opératoire que l'on pratique dans la désarticulation simultanée des orteils.

Partant des orteils, elle peut s'avancer peu à peu et gagner la face dorsale du pied, s'étendant jusqu'à l'articulation médio-tarsienne ou à l'articulation des chevilles. Elle progresse soit par continuité, soit par plaques disséminées. Si le processus s'arrête là, il est intéressant de voir comment

la nature épargne la plante des pieds plus vasculaire et sépare les parties sphacélées des parties vivantes en formant des lambeaux cutanés analogues à ceux que nous faisons dans les amputations diverses du pied.

La gangrène dépasse-t-elle ces limites, tout le pied est envahi et l'on peut voir certains sillons d'élimination suivre d'une façon assez exacte les lignes du Syme ou du Guyon.

Quand la gangrène frappe le pied et la jambe, elle subit au-dessous du genou un arrêt qui est dû à la richesse vasculaire de la région et à la présence du cercle vasculaire péri-articulaire du genou.

Les voies collatérales sont dans les membres des voies de garage pour le torrent sanguin; les cercles vasculaires péri-articulaires sont des systèmes de défense contre l'envahissement de la gangrène. On comprend donc leur importance dans la limitation de la gangrène.

3° *Retentissement de la gangrène sur l'organisme.*

Dans le foyer frappé de mortification, tous les éléments, tous les tissus qui constituent la matière vivante subissent une série de transformations et de modifications qui peuvent aboutir à la formation de toxines hyperthermisantes (Gangolphe, Courmont, Montalti) ou hypothermisantes (Lépine).

Après la fièvre aseptique, la fièvre septique; celle-ci sera beaucoup plus grave. Les longues suppurations au niveau des membres, cette lente et continuelle résorption des toxines et des microbes qui fusent dans les interstices celluleux et dans les vaisseaux (lymphatiques et veines), retentissent fâcheusement sur les sujets en état de dénutrition et sur leurs principaux viscères déjà altérés (foie, rein).

Le retentissement de la gangrène sur l'état général est prouvé par l'indicanurie, l'albuminurie, qui disparaissent ou diminuent nettement après l'amputation.

A côté du délire infectieux, il faut mentionner dans la gangrène le délire relevant soit de la douleur (accès paroxystiques), soit de l'intoxication par les produits nécrobiotiques

de la gangrène (Arloing, Lépine), soit de troubles dans la circulation cérébrale dépendant de l'artério-sclérose.

Traitement de la gangrène

1° Il est des gangrènes très localisées, superficielles, siégeant le plus souvent aux orteils, que l'on n'opèrera pas. Le traitement par les antiseptiques, l'eau oxygénée, etc..., peut les guérir. Il faudra surtout s'abstenir d'interventions économiques qui sont suivies de récidive de sphacèle dans les lambeaux.

2° La gangrène est *soit aseptique*, *soit inoculée*.

a) Dans ce dernier cas, il convient, avant tout, de supprimer la source de l'infection et d'opposer à la gangrène, qui prend le plus souvent la forme humide et une marche envahissante, un traitement radical, une amputation haute.

b) La gangrène est-elle aseptique, l'amputation se présente à nous sous trois aspects : elle peut être *primitive*, *secondaire ou tardive*.

L'amputation tardive, que nous rejetons, consiste dans la régularisation du travail d'élimination naturelle : elle se borne à détacher un membre ne tenant plus que par l'os ou quelques lambeaux de parties molles.

L'amputation secondaire se pratique lorsque la gangrène s'est limitée et que le sillon d'élimination l'a circonscrite. Elle se pratiquait autrefois dans le mort même, plus tard on la fit aux confins du mort et du vif, aujourd'hui on la pratique à distance du sillon.

Si la gangrène a frappé l'avant-pied, on doit attendre le sillon d'élimination avant que d'intervenir, car on ne sait pas si la gangrène restera localisée à cette région. Si elle y reste cantonnée, l'intervention de choix sera l'amputation de jambe au tiers supérieur.

Quant à l'amputation primitive, c'est-à-dire celle que le chirurgien pratique au cours de l'évolution de la gangrène

sans attendre la formation du sillon d'élimination, elle s'appliquera aux cas de gangrène ayant dépassé l'avant-pied ; dans ce cas, l'amputation de cuisse au tiers moyen sera l'opération de choix.

Ces considérations thérapeutiques sont basées sur les relevés statistiques des 141 observations de notre thèse.

Les succès par les interventions basses et économiques ne sont pas douteux ; cependant ils sont l'exception et souvent ne sont pas durables. Les interventions basses sont souvent suivies d'une récidive du sphacèle ; celui-ci est souvent d'un grave pronostic, a une marche rapide et nécessite une intervention plus élevée.

L'amputation haute, au contraire, assure aux lambeaux une vitalité et une nutrition suffisantes ; elle est une garantie contre toute récidive prochaine ou éloignée de la gangrène dans le moignon.

3° L'anesthésie sera prudente et de courte durée, l'hémostase obtenue par simple compression digitale de la fémorale plutôt que par la bande d'Esmarch ; le cathétérisme des artères préconisé par Severeanu ne présente aucun avantage.

L'œuvre du chirurgien sera complétée par le traitement médical pour essayer d'enrayer la marche des lésions artérielles et éviter la récidive du sphacèle dans le moignon ou sur l'autre membre.

4° Tout ce qui a été dit au sujet des indications opératoires, au sujet du moment et du siège de l'intervention, s'applique exactement au traitement de la gangrène du membre supérieur.

Lorsque la gangrène n'envahit que les doigts, s'abstenir de toute intervention basse, parcimonieuse, ou intervenir sur l'avant-bras (amputation au tiers supérieur).

Pour les cas de gangrène qui ont envahi la main et l'avant-bras, c'est à l'amputation du bras ou à la désarticulation de l'épaule qu'il faudra recourir.

Gangrène des orteils ; amputation transmétatarsienne ; sphacèle des lambeaux ; amputation de Chopart ; guérison, en collaboration avec le Dr Fraikin. (Société d'anatomie de Bordeaux, 15 avril 1901, rapportée dans ma thèse.)

*

Kyste dermoïde de la région mammaire (*Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, 1901, p. 275).

La littérature médicale est pauvre en observations de pareils kystes. A côté de celle que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Demons, nous citerons celles d'Albers, de Velpeau, d'Hermann, de Reverdin et Mayor, de Gussenbaüer.

Apparition, à l'âge de huit ans, dans la partie externe de la région pectorale, un peu au-dessus de la glande, d'une petite tumeur qui était adhérente à la face profonde de la peau; accroissement régulier. A quarante-trois ans, traumatisme, la tumeur évolue plus rapidement. Extirpation à cinquante-trois ans : volume du poing.

Kyste à paroi blanchâtre contenant une masse blanc jaunâtre, friable, d'odeur aigrelette rappelant l'acyde butyrique. Examen microscopique : kyste dermoïde à revêtement épidermique pavimenteux stratifié, reposant sur du tissu conjonctif fasciculé, à faisceaux parallèles à la surface du kyste ; ni poils, ni glandes sudoripares ou sébacées.

La tumeur étant péri-mammaire, nous la rattachons comme pathogénie à la persistance d'un des germes mammaires décrits par Schmidt et Kallius (1896), chez l'embryon humain.

« Si l'un de ces points évolue normalement et parallèlement au bourgeon qui donnera la mamelle normale, la mamelle supplémentaire se trouve constituée. Si, au contraire, ces débris épithéliaux restent inclus, sans ne subir aucun développement, à une époque ultérieure ils pourront proliférer et donner naissance au kyste dermoïde. »

D'après Williams, les mamelles normales correspondraient à la quatrième paire de bourgeons mammaires.

Notre kyste dermoïde, développé au-dessus du sein normal, correspondrait au point de vue ontogénique à la troisième mamelle.

*

Carcinome hémorrhagique développé sur un nœvus vasculaire (Société d'anatomie de Bordeaux, 30 avril 1900, en collaboration avec le Prof. W. Dubreuilh.)

Angiome de la région sous-orbitaire droite empiétant sur la paupière inférieure, datant de la naissance ; à quarante-huit ans, transformation maligne ; à cinquante-deux ans, tumeur bourgeonnante, très vasculaire, noirâtre, grosseur d'une noisette ; ganglions indemnes.

Extirpation et blépharoplastie (Demons) ; deux récidives consécutives et rapides ; deux extirpations nouvelles.

Les nœvi qui dégénèrent en tumeurs malignes sont généralement des nœvi charnus plus ou moins pigmentés, et la tumeur à laquelle ils donnent naissance est une tumeur franchement mélanique, sinon dans la tumeur primitive, du moins dans les métastases et les récidives. Dans le cas présent, le nœvus primitif était purement angiomateux et la tumeur maligne qui en est résultée était angiomateuse elle-même et hémorrhagique. L'aspect macroscopique de cette tumeur brunâtre, pseudo-mélanique s'explique par l'infiltration diffuse et extrêmement abondante de sang dans la tumeur.

*

De quelques erreurs dans le diagnostic des hernies (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, mars-avril 1901, en collaboration avec le Dr Verdelet).

Cette étude porte sur huit observations inédites recueillies presque toutes dans le service de notre maître, le professeur Demons.

Dans un premier chapitre, concernant les erreurs possibles au sujet de la hernie non étranglée, nous rapportons une observation de lipome du cordon au centre duquel se trouvait un diverticule séreux, et deux observations de varices de la saphène interne à propos desquelles nous étudions les signes différentiels entre la varice et la hernie.

Dans un deuxième chapitre, nous rapportons six observations ayant donné lieu à l'erreur de diagnostic : hernie étranglée.

Trois observations de lipome préherniaire étranglé ou sphacélé, dont nous rapprochons une observation de Delbet citée par Broca, sont particulièrement intéressantes.

Au point de vue local, telles furent les lésions rencontrées : Observation VI, aucune trace bien marquée d'inflammation. — Observations IV, VII, lipome fortement congestionné, présentant par places des plaques violacées et noirâtres d'infiltration sanguine. — Observation V, lipome sphacélé, baignant au milieu du pus et de débris sphacélés très fétides ; dans cette cavité, il s'est même formé des gaz.

Un signe aurait pu permettre d'éviter l'erreur de diagnostic : c'est la perméabilité constante du tube digestif au début de l'inflammation et de l'étranglement de ces lipomes.

Le péritonisme s'explique par l'irritabilité de la séreuse au voisinage d'un foyer inflammatoire. Les lésions de péritonite qui siègent au voisinage de l'orifice herniaire, sur la séreuse du collet, de la paroi abdominale ou du bassin, se produisent soit par propagation lymphatique, soit par ce fait que, dans certains cas, il existe un léger diverticule péritonéal souvent déshabité qui prend part à l'inflammation et la déverse plus ou moins rapidement dans la cavité péritonéale s'il n'en est pas complètement séparé.

L'observation VIII a pour titre : Phénomènes d'étranglement herniaire simulés par une hydrocèle enkystée du canal vagino-péritonéal.

L'observation IX concerne une adénite de Cloquet aiguë ayant simulé une hernie étranglée.

En pareils cas, nous concluons avec Duplay : « Dans les cas douteux, l'opération ne doit pas être retardée. »

⁂

Volumineux lipome du cordon spermatique (Société d'anatomie de Bordeaux, 3 décembre 1900, en collaboration avec le Dr Fraikin).

Cas clinique intéressant par les nombreux diagnostics émis avant l'intervention. Le vrai fut fait après incision du scrotum. Ces difficultés sont notées par P. Reclus, Sarazin, Gross, Karewski.

Volumineux lipome pesant 4 k. 850, englobant dans sa partie inférieure le testicule recouvert de sa vaginale. Les vaisseaux, nerfs et canal déférent sont dissociés par la tumeur ; on les retrouve au sommet de celle-ci, groupés en un seul faisceau pour former le cordon.

Il existait en même temps, en bas et en dehors de la tumeur principale, un gros nodule hémisphérique, dur : fibrome fasciculé probablement développé aux dépens des éléments fibreux du ligament scrotal.

⁂

Sur un cas de pyonéphrose compliquée d'abcès paranéphrétique (Société d'anatomie de Bordeaux, 16 janvier 1899).

Vaste poche pyonéphrotique contenant neuf litres de liquide ; entre la capsule fibreuse du rein et la poche kystique, au niveau de sa paroi postérieure, collection purulente brunâtre (deux litres) ; cavité tapissée de fausses membranes épaisses brunâtres.

La malade, dans son transport à l'hôpital, est tombée sur le ventre : d'où explication de cet épanchement paranéphré-

tique causé par une fissure de la poche pyonéphrotique. L'uretère aplati et comprimé est perméable au stylet.

*

Fibrome de l'ovaire; douleur ovarienne (*Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, juin 1900, p. 316).

C'est, nous le croyons, un symptôme très rarement rencontré dans l'histoire des fibromes de l'ovaire, que celui de la sensibilité ovarienne, *sui generis*, constatée à la pression au niveau de la tumeur.

Si, dans le cas de tumeurs qui bouleversent et détruisent les éléments propres d'un organe; si, dans les kystes, les tumeurs épithéliales, sarcomateuses, etc., la sensibilité spéciale a disparu, on ne s'étonnera pas de la voir persister dans certains cas de lésions totales, mais ayant respecté toutefois certaines fibres nerveuses propres à l'ovaire qui restent incluses dans le néoplasme.

Dans le cas présent, toute cause d'interprétation erronée (inflammation ovarienne, péritonéale, compression du plexus sacré) n'existait point.

A l'occasion, la douleur ovarienne constatée au niveau d'une tumeur fibreuse du petit bassin permettrait de la différencier au point de vue de son origine (ligament rond, ligament large, utérus).

*

Tumeur épiploïque contenue dans un sac herniaire. (Société d'anatomie de Bordeaux, 18 juin 1900, en collaboration avec le Dr Verdelet.)

Grosse tumeur du volume d'une orange, formée par le pelotonnement et l'enroulement de l'épiploon sur lui-même, probablement autour d'un noyau primitif d'épiploïte chronique.

Les strates s'aperçoivent nettement à la périphérie, (grains jaunâtres d'infiltration calcaire); à la partie centrale

le tissu de l'épiploon forme une masse grisâtre, avec infiltration sanguine par place ; examen : tissu fibro-lipomateux.

*

Déchirure traumatique du foie. Laparotomie; tamponnement ; mort quarante-huit heures après l'accident. (Société d'anatomie de Bordeaux, 18 mars 1901, en collaboration avec le Dr Verdelet.)

Au niveau de la face supérieure, en cette région du foie qui est le point le plus saillant de la convexité hépatique, autrement dit au point de réunion des faces supérieure et droite du foie (Symington), se trouve une vaste déchirure dirigée dans le sens antéro-postérieur, longue de 15 centimètres, profonde de 7 centimètres, comblée par du sang coagulé.

Dans la plèvre droite, existe un litre environ de liquide séro-sanguinolent : un fragment acéré de la huitième côte fracturée a déchiré la plèvre diaphragmatique.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic de la lésion dans le cas de contusion de l'abdomen et la gravité des larges contusions du foie de par le fait de l'hémorrhagie abondante qui se produit à leur suite.

Quant au siège de la lésion, la situation et la direction de la plaie indique que celle-ci a dû se produire par plicature de l'organe, ou, pour parler plus exactement, il semble que le traumatisme ait eu pour but de diminuer et de fermer l'angle à peu près droit que forment les faces supérieure et droite du foie.

*

Hernie ombilicale volumineuse (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 mai 1899).

*

Corps étranger du péritoine (Société d'anatomie de Bordeaux, 9 janvier 1899).

Frange graisseuse épiploïque ou colique infiltrée de phosphates terreux, détachée et libre dans la cavité péritonéale.

Corps étranger de l'œsophage (Société d'anatomie de Bordeaux, 2 avril 1900).

-*-

Fracture du maxillaire supérieur gauche intéressant le sinus maxillaire; anesthésie dans le domaine du nerf sous-orbitaire (Société d'anatomie de Bordeaux, 5 novembre 1900).

Anesthésie ayant fait place, au bout de deux semaines, à de l'hypoesthésie et due à la compression du nerf par l'épanchement sanguin dans son trajet intra-osseux.

-*-

Epithélioma de la cloison du nez (Société d'anatomie de Bordeaux, 7 mai 1900).

-*-

Luxation acromio-claviculaire droite complète avec déchirure du chef claviculaire du deltoïde (Société d'anatomie de Bordeaux, 23 avril 1900).

-*-

Fractures du carpe (étude anatomo-pathologique) (In Thèse Mourgues, Bordeaux, 1902).

Plusieurs observations personnelles de fracture du scaphoïde prouvent d'une façon très nette que, dans le cas de fracture indirecte, l'os se fracture toujours au même niveau, en son point le plus rétréci ou col; le trait de fracture est à peu près perpendiculaire à la surface convexe de l'os : d'où deux fragments. Quelquefois il existe un double trait de fracture : trois fragments.

La fracture peut exister seule ou coïncider avec une rupture de l'apophyse styloïde radiale, avec une fracture du tiers inférieur du radius, avec un arrachement de l'apophyse styloïde cubitale, avec une fracture ou une luxation d'un autre os du carpe.

Quelques autopsies, dont une personnelle, viennent démontrer que les fragments osseux ne se réunissent nulle

ment : leurs surfaces se recouvrent d'un mince revêtement fibro-cartilagineux.

*

Fracture du scaphoïde (Société d'anatomie de Bordeaux, 5 mai 1902).

Ancienne fracture trouvée sur le cadavre ; les deux fragments sont revêtus de fibro-cartilage sur leur deux faces de section.

*

Dissection d'une articulation radio-carpienne ayant subi une résection atypique (Société d'anatomie de Bordeaux, 5 mai 1902).

L'articulation médio-carpienne très lâche supplée par sa mobilité l'articulation radio-carpienne ankylosée.

*

Un cas de polydactylie ; pouce surnuméraire gauche avec son métacarpien. (Société d'anatomie de Bordeaux, 19 mars 1900, en collaboration avec le Dr Verdelet.)

Nous rapportons les constatations anatomiques provenant de la dissection de ce pouce.

*

Arthrite déformante de la hanche et du genou (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 29 avril 1901).

*

Varices volumineuses du membre inférieur. (Société d'anatomie de Bordeaux, 4 février 1901.)

*

Fracture de la rotule; rupture du ligament rotulien; appareil plâtré approprié (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 novembre 1900).

Au bout de vingt-et-un jours, réunion parfaite des deux fragments osseux par un cal fibreux ; on sent un cordon assez épais réunissant la pointe de la rotule à la tubérosité antérieure du tibia. Traitement institué : immobilisation, puis massage.

Fracture de jambe; lésion du nerf sciatique poplité externe. (Société d'anatomie de Bordeaux, 29 avril 1901.)

*

Luxation complète de l'astragale gauche; astragalectomie (Société d'anatomie de Bordeaux, 17 mars 1902, en collaboration avec le Prof. Piéchaud.)

L'astragale avait subi un mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur, portant sa surface malléolaire externe au-dessous du tibia. En même temps il saillait sous la peau, la menaçant de gangrène. Extirpation. Guérison opératoire.

*

Deux cas d'hallus valgus. Radiographies; pathogénie du pied plat dans l'hallus valgus (Société d'anatomie de Bordeaux, 24 avril 1899).

*

Diastasis de l'articulation du genou gauche par rupture traumatique du ligament latéral interne (Société d'anatomie de Bordeaux, 25 mars 1901).

Chute d'un poids de 100 kilogs sur la face externe du membre en légère abduction.

Déformation du membre en genu valgum, avec légère torsion en dehors. Guérison.

*

Un cas d'hallus recurvatum. (Société d'anatomie de Bordeaux, 5 mai 1902).

Variations du pouls chez un malade opéré dans la région carotidienne. (Société d'anatomie de Bordeaux, 7 janvier 1901, en collaboration avec le Dr Fraikin.)

*

Deux interventions à la cocaïne (en injection lombaire) : Ostéo-arthrite suppurée du pied; déchirure de la vessie par fracture du bassin (Société d'anatomie de Bordeaux, 19 novembre 1900).

Cette communication date de l'époque où la rachi-cocaï-

nisation semblait devoir devenir une méthode assez courante d'analgésie pour les interventions sur les membres inférieurs et la région sous-ombilicale. Cette méthode, concluons-nous, d'anesthésie par la cocaïne, employée à doses convenables, injectée bien aseptiquement, pourra présenter des avantages chez les sujets ayant subi de grands traumatismes des membres inférieurs ou de l'abdomen, chez ceux pour qui l'on craint une anesthésie par le chloroforme ou l'éther, à cause de la défaillance de l'organisme et des lésions pulmonaires, cardiaques et rénales.

Le premier malade, hectique, déprimé, semblait devoir ne pas résister au shok opératoire et anesthésique ; il était albuminurique, hyposystolique, présentait de la congestion pulmonaire (cocaïne en injection : 4 centigr.). Amputation de jambe ; guérison complète.

Le second malade succombe au shok traumatique et à l'hémorrhagie sous-péritonéale abondante, le soir de l'intervention (cocaïne en injection : 4 centigr.). Large laparotomie médiane, éviscération, suture de la vessie.

Bec-de-lièvre complexe bilatéral avec saillie prononcée de l'os incisif ; quelques considérations embryologiques sur la pathogenie du bec-de-lièvre (Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, 24 novembre 1903).

Hérédité manifeste : la mère de l'enfant que je présente avait un bec-de-lièvre complexe unilatéral gauche, du strabisme et un torticolis congénital droit.

Les bourgeons faciaux séparés dans le bec-de-lièvre complexe présentent, après la naissance, une tendance retardée à la coalescence ; le bord inférieur de la cloison est, dans certains cas, très large, comme hypertrophié pour suppléer à la fermeture de la brèche palatine.

Je démontre l'intérêt de la théorie embryologique de Warinski pour expliquer les dents surnuméraires sur l'os incisif.

*

Fissure palatine. Staphylorrhaphie. Guérison. (Société d'anatomie de Bordeaux, 16 novembre 1903.)

Importance de l'éducation phonétique dans les cas où il existe des malformations du massif facial, des cavités nasales, de la voûte palatine, entraînant une gêne extrême de l'articulation des sons, malgré la perfection du résultat opératoire.

*

A propos du kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 19 octobre 1902).

Nous en rapportons quatre cas. Le kyste dermoïde est rare en pareille région ; le chirurgien ne possède pas de

symptôme révélateur, lui permettant d'affirmer d'une façon sûre qu'il est en présence d'un kyste dermoïde ou mucoïde. La transparence est difficile à rechercher et peut induire en erreur.

L'extraction de ces quatre kystes a été facile, il n'existait aucun prolongement remontant derrière l'os hyoïde. Rien de spécial sur le contenu et la structure du kyste en lui-même. Il est difficile d'en donner une interprétation pathogénique ; de par leur nature, ils ne dépendent pas de l'ébauche médiane de la thyroïde.

*

Un cas d'encéphalome. (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 décembre 1902.)

Enfant portant à la racine du nez une tumeur pédiculée, dure, élastique, non réductible et peu douloureuse au contact. Pas de liquide par la ponction. Dans la narine, on voit un prolongement de la tumeur adhérent aux os propres du nez.

La tumeur extérieure fut extirpée (Piéchaud) après ligature du pédicule. L'orifice osseux de sortie pour la tumeur était situé entre l'os nasal et l'apophyse montante du maxillaire.

*

Méningocèle crânienne située au niveau de la fontanelle de Gerdy et fissure palatine (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 octobre 1903.)

La difficulté de diagnostic fut grande dans ce cas, notre examen clinique nous faisait pencher vers le kyste dermoïde ; les constatations autopsiques et l'examen microscopique (Sabrazès) vinrent démontrer notre erreur.

*

Fibro-lipome de l'oreille. (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 décembre 1902.)

*

Kyste médian congénital du cou (Société d'anatomie de Bordeaux, 6 octobre 1902).

Lymphangiomes kystiques des régions cervicale et frontale externe gauches (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 février 1904, en collaboration avec le Dr Rabère).

L'intérêt de la communication porte sur la rareté des kystes séreux congénitaux à la face et surtout dans la région de la queue du sourcil où les dermoïdes sont si fréquents. Le contenu des deux kystes fut trouvé séreux à plusieurs reprises. Examen cytologique (Sabrazès).

Comme pour l'angiome et le kyste dermoïde, on peut pour le lymphangiome de la queue du sourcil accepter la dénomination pathogénique de *fissuraires* comme caractérisant bien ces formations.

*

Considérations cliniques sur plusieurs cas de spina-bifida. (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 octobre 1903.)

Dans ce travail sont rapportées les huit observations suivantes personnelles de spina-bifida.

I. — Spina-bifida dorso-lombo-sacré ; hydrocéphalie, laparocèle et hernie lombaire congénitales, pieds bots varus.

II. — Spina-bifida dorsal supérieur.

III. — Spina-bifida lombo-sacré ; genu varum et pied bot varus équin droits, fausse ankylose du genou gauche.

IV. — Spina-bifida lombo-sacré à tumeur fibro-lipomateuse.

V. — Spina-bifida lombo-sacré.

VI. — Spina-bifida dorsal avec néoplasme médullaire.

VII. — Myélo-méningocèle du type Recklinghausen.

VIII. — Mal perforant plantaire chez un enfant : spina-bifida lombo-sacré.

Nous montrons combien sont variables l'aspect et la forme des spina-bifida, l'étendue du rachischisis : l'un des cas concerne une fissure vertébrale s'étendant depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la région coccy-

gienne ; deux autres sont des spina-bifida à tumeur fibro-lipomateuse, l'un ayant contenu autrefois une cavité kystique, l'autre contenant un rudiment d'arc vertébral postérieur. Nous signalons les troubles musculaires, les malformations congénitales concomitantes (pieds bots, genu varum, laparocèle et hernie lombaire, etc.), la difficulté de faire le plus souvent un diagnostic exact de la variété du spina-bifida et de son contenu, et, comme conséquence, les dangers et les aléas du plus grand nombre des interventions pour spina-bifida.

Partant de considérations anatomo-pathologiques, nous arrivons à diviser schématiquement, au point de vue clinique et opératoire, les spina-bifida en deux catégories : les bénins et les malins.

Les premiers possèdent un petit volume, un orifice vertébral de petites dimensions, une enveloppe bien constituée de tissus résistants ; pas de troubles nerveux, de malformations des membres, ou rarement ; l'hydrocéphalie fait défaut avant l'intervention.

Les seconds, graves, présentent un volume important, un rachischisis étendu, des enveloppes minces, pellucides, enflammées, en voie de rupture, des troubles nerveux indiquant des malformations étendues de la moelle et des nerfs, de l'hydrocéphalie marquée.

La plupart des chirurgiens infantiles en matière de spina-bifida sont de plus en plus conservateurs, non interventionnistes.

Il existe des spina-bifida auxquels on ne doit pas toucher, soit qu'ils ne déterminent aucune gêne et ne présentent aucun accroissement dangereux, soit qu'il s'agisse de certains spina-bifida infectés en imminence de rupture ou déjà rupturés, le désastre opératoire étant assuré.

Il en est d'autres que l'on peut opérer et pour lesquels on obtiendra de bons résultats : ils constituent le petit nombre.

Sur un cas de myélo-méningocèle du type Recklinghausen (Société de Pædiatrie de Bordeaux, 25 mars 1901).

Cette communication tire son intérêt de la rareté de cette forme anatomique du spina-bifida. La tumeur est constituée d'une enveloppe qui n'est autre que la *nappe médullaire extrophiée*, repoussée par la méningocèle kystique ventrale (8).

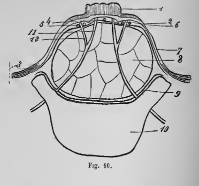


Fig. 10.

On constate les trois zones, *aire médullo-vasculaire, zone épithélio-séreuse, zone dermatique*. A la surface de la zone centrale, l'aspect velvétique est dû à des houppes vasculaires, rappelant la disposition des plexus choroïdes pie-mériens. La zone centrale se compose de deux couches superposées : l'une dorsale, brunâtre, épaisse (1, figure 10) représentant la substance grise ; l'autre ventrale, blanche (2, figure 10), représentant la substance blanche. De celle-ci se détachent transversalement les racines motrices et sensitives qui se réunissent en nerfs rachidiens ; ceux-ci gagnent les trous de conjugaison pour aller constituer le plexus sacro-coccygien. Artère spinale médiane et artères spinales laté-

rales représentent ici, avec des rapports identiques, l'artère spinale antérieure et les artères spinales postérieures de la moelle normalement développée. La disposition des racines, les rapports qu'elles affectent entre elles, tout indique que l'on est en présence d'une moelle arrêtée au premier stade de son développement (figure 11).

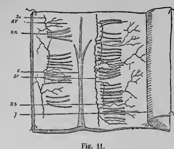


Fig. 11.

La moelle normale n'adhère à la partie supérieure du sac que parce qu'elle se continue à ce niveau avec la nappe médullaire étalée.

Rachischisis s'étendant depuis la quatrième lombaire jusqu'au coccyx. Les membres inférieurs paraissent avoir conservé leur motilité et leur sensibilité. Légère déformation des pieds en talus varus.

Cet enfant de deux jours fut opéré (Piéchaud) : il y avait menace de rupture de la poche. Six jours après, il mourait de méningo-myélite. Les convulsions agitaient seulement les membres supérieurs ; les inférieurs restaient flasques et pendants.

Gravité extrême de cette forme de spina-bifida au point de vue pronostic vital et opératoire.

Spina-bifida dorsal avec néoplasme médullaire
(Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 10 juillet 1903, en collaboration de M. le professeur agrégé Denucé).

Cette observation est un exemple intéressant montrant la complexité des malformations rachidiennes et médullaires, et cela malgré l'absence de tout retentissement extérieur (troubles nerveux moteurs ou trophiques, malformations congénitales, etc.) qui puisse les faire soupçonner.

Pressés instamment par la mère d'opérer son enfant et de le délivrer de l'énorme tumeur qu'il portait dans le dos, ne trouvant, d'autre part, aucune contre-indication du côté de l'état général, mais n'ignorant pas cependant les surprises et la gravité de ces spina-bifida haut situés, nous sommes intervenus.

La tumeur, qui était assise sur la partie supérieure de la colonne dorsale, fut extirpée au bistouri. Elle était, comme le démontra l'examen histologique, composée de tissus de nature diverse et en particulier de tissu névroglique. Mais au moment de la pédiculisation, nous nous aperçûmes qu'elle était en rapport avec une autre tumeur intra-rachidienne. Une soie fut placée sur le pédicule. Nous fermâmes ensuite aussi bien que possible le sac méningé.

L'enfant perdit pendant l'opération une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et c'est à ce phénomène que nous devons attribuer sa mort rapide.

La tumeur intra-rachidienne est couchée, accolée à la face postérieure de la moelle : elle a l'aspect d'un lobe médian cérébelleux, strié de circonvolutions transversales, à substance grise externe.

Les arcs postérieurs sont soulevés par la tumeur ; ils forment une large gibbosité. Ils sont de plus profondément troublés dans leur développement : certains sont dédoublés ; les lames présentent une hauteur inaccoutumée, la plupart des lames sont fusionnées à leur extrémité postérieure et délimitent un petit orifice ovale, donnant passage au

pédicule réunissant les deux tumeurs extra et intra-rachidiennes.

Autre fait important, on note une *scoliose congénitale dorsale*, due à la fusion de plusieurs vertèbres entre elles, à la disparition de disques intervertébraux sur une partie ou la totalité de leur étendue, à la disposition cunéiforme de plusieurs corps vertébraux.

La déformation du segment antérieur des vertèbres ne s'accompagne d'aucune déviation latérale des arcs postérieurs.

Au-dessus et au-dessous, l'axe nerveux est normal.

*

Mal perforant plantaire chez un enfant; spina-bifida lombo-sacré (Société d'anatomie de Bordeaux, 3 novembre 1902, en collaboration avec le Dr Guyot).

Le spina-bifida est représenté par une tuméfaction largement étalée faisant à peine relief et rappelle la forme *occulta*. Il est constitué par une masse fibro-lipomateuse contenant un rudiment d'arc postérieur cartilagineux. Le mal perforant talonnier est, sans aucun doute, au point de vue pathogénique, sous sa dépendance. Une cause occasionnelle dont il faut également tenir compte est le talus déterminé par la parésie des muscles postérieurs de la jambe, comme l'a démontré leur hypoexcitabilité aux différents courants. Les lésions ayant gagné profondément le calcanéum, il fallut intervenir. Curage du calcanéum. La cicatrisation fut lente ; guérison.

*

Rétrécissement et tuberculose de l'œsophage (*Bulletin de la Société de pædiatrie de Bordeaux*, 11 janvier 1904).

Une enfant de douze ans avale de la potasse caustique le 11 avril 1900 ; un rétrécissement de la partie moyenne de l'œsophage s'installe progressivement. Elle tombe peu à peu dans un état de dépérissement et d'amaigrissement

extrême, au point qu'au mois d'octobre 1900, elle ne pèse que 18 kilogr. Température 35°.

Electrolyse sans résultat. La dilatation progressive et temporaire amène rapidement la perméabilité de l'œsophage. L'état général s'améliore, les forces reviennent. Poids : 33 kilogrammes.

Au mois de juin 1901, apparaissent les premiers signes d'une tuberculose pulmonaire qui emporte la malade au mois de novembre 1901.

L'examen macroscopique révèle la présence du rétrécissement dans la partie moyenne du segment broncho-diaphragmatique et des lésions d'œsophagite chronique ulcéreuse, surtout accentuées dans le segment sus-jacent au rétrécissement.

Le microscope démontre l'existence indéniable de la *tuberculose œsophagienne* (nodules tuberculeux, infiltration lymphoïde, cellules géantes contenant des bacilles).

Cette observation est intéressante de par le fait de la rareté extrême de la tuberculose œsophagienne ; elle l'est également au point de vue pathogénique. Weichselbaum et Schaschmann ont dit que la tuberculose était rare au niveau de cet organe parce que les matières susceptibles de l'infecter ne font que traverser le conduit et n'ont pas le temps de se fixer sur la muqueuse, parce que celui-ci était défendu par un épithélium épais et résistant. Or, ces deux conditions de résistance à la tuberculose dans le cas particulier n'existent plus ; ici la malade toussant et crachant dut avaler plus d'une fois ses crachats ; le cathétérisme sur une muqueuse déjà altérée ne faisait que favoriser l'infection en créant de petites solutions de continuité sur le conduit œsophagien qui retenait les crachats bacillifères au-dessus du rétrécissement.

Bref, l'observation présente a la valeur d'une véritable expérience qui prouve la possibilité de l'inoculation œsophagienne par le bacille, dans certaines conditions.

Notre cas est à rapprocher de celui de Breus.

Angiome médian de la langue en avant du V lingual
(*Bulletin de la Société de pædiatrie de Bordeaux*, 9 juin 1903).

Enfant de onze ans, présentant en avant du V lingual un angiome ayant causé, à deux ans d'intervalle, deux hémorrhagies d'origine traumatique, assez abondantes. Electrolyse bipolaire : séance de trois minutes; intensité maxima 30 milliampères ; guérison.

Rareté d'un tel siège pour l'angiome ; il peut être classé dans la catégorie des angiomes fissuraux de Virchow, la région du V lingual étant le lieu de soudure des trois bourgeons linguaux.

*

Laparocèle et hernie lombaire congénitales (Société d'anatomie de Bordeaux, 7 décembre 1903).

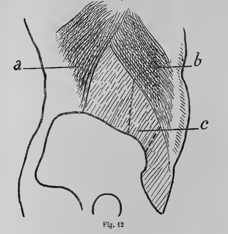


Fig. 12

Enfant de neuf mois atteint de spina-bifida dorso-lombo sacré ; saillie bilobée au niveau de la partie droite de

l'abdomen; le lobe antérieur, du volume d'un gros œuf de poule, est situé en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure; l'autre, postérieur, un peu moins volumineux, séparé du précédent par un étranglement peu profond, siège au niveau du triangle de J.-L. Petit.

La saillie apparaît seulement pendant l'effort. Défaut de résistance de la paroi très accusé au palper.

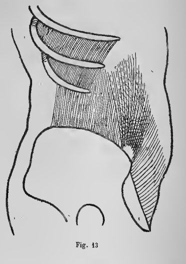


Fig. 13

La dissection nous a fait constater, au niveau des trois couches musculaires de l'abdomen, les anomalies suivantes : absence des faisceaux inférieurs du grand oblique (voir figure 12); absence des faisceaux antérieurs et postérieurs du petit oblique (voir figure 13); absence de la moitié inférieure du transverse (voir figure 14). Les portions muscu-

laires absentes sont remplacées par un fascia fibreux, en continuité avec le muscle. La disposition de ces arrêts de développement sur les différentes couches musculaires explique l'aspect bilobé de cette éventration congénitale. Nous pensons de plus que *cet arrêt de développement est primitif et la hernie secondaire.*

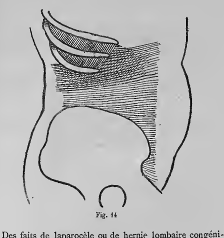


Fig. 14

Des faits de laparocèle ou de hernie lombaire congénitale, auxquels il manque cependant la précision anatomique de notre dissection, ont été rapportés par Chaplin, Macready, Mouro, Martin, Oscar Wyss, Giordans.

*

Emphysème de la paroi abdominale dans un cas de plaie pénétrante (Société d'anatomie de Bordeaux, 3 novembre 1902).

A la suite d'une chute à plat ventre sur une souche s'élevant à dix centimètres au-dessus du sol, plaie pénétrante

de l'abdomen, avec issue d'une longue frange épiploïque dans le trajet de la plaie. Dans une zone assez étendue de la paroi, tout autour de la plaie abdominale, il existe de l'emphysème sous-cutané qui ne doit pas être rapporté à une perforation intestinale, mais seulement à l'infiltration de l'air extérieur au moment du traumatisme au-dessous des téguments décollés par l'agent pénétrant. Intervention, guérison.

*

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. (Société d'anatomie de Bordeaux, 7 avril 1902, en collaboration avec le Dr Courtin.)

*

Volumineux papillome anal chez un enfant de treize ans (Société d'anatomie de Bordeaux, 12 octobre 1903).

*

Imperforation ano-rectale. Intervention ; guérison (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 décembre 1902, en collaboration avec le Dr Charrier).

*

Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux, développé chez un enfant de treize ans (Société d'anatomie de Bordeaux, 12 octobre 1903).

Cette observation est intéressante à deux points de vue. Tout d'abord, le contenu du phlegmon : gaz et pus étaient mélangés. Je fus un peu perplexe au début, craignant de me trouver en face de lésions intestinales importantes (ulcération et perforation du colon). Le développement de gaz est dû à la présence de microbes anaérobies de provenance intestinale.

En second lieu, le traumatisme précédant de huit mois le phlegmon périnéphrétique, mais suivi dans l'intervalle de troubles sensitifs et moteurs dans la zone du plexus lombaire. Ce long intervalle de temps n'est pas suffisant pour nier la relation étiologique entre l'abcès et le

traumatisme ; bien au contraire, je pense que celui-ci a déterminé dans la région lombo-iliaque que traversent les nerfs lombaires, et notamment le crural, un épanchement sanguin, lequel a amené, depuis son apparition, des troubles de compression ou d'irritation nerveuse jusqu'au jour où ce foyer s'infecta.

*

Cystotomie sus-pubienne chez une enfant de cinq ans et demi ; extraction d'une épingle à cheveux
(Société de Pædiatrie de Bordeaux, juillet 1903).

L'intérêt de cette communication porte surtout sur la nature de l'intervention qui a été pratiquée pour extraire de la vessie d'une enfant de cinq ans et demi une épingle à cheveux ordinaire (64 millimètres de long).

Les observations de taille hypogastrique pour corps étranger chez la petite fille sont rares. L'intervention a été pratiquée trois jours après l'accident.

Depuis deux jours, l'enfant avait des hématuries ; comme autres symptômes, elle accusait de la pollakiurie, de la douleur à la fin de la miction.

A son entrée à l'hôpital, des manœuvres d'extraction, infructueuses, furent tentées par l'interne. Il est très probable que celles-ci eurent pour résultat de faire basculer l'épingle, de la placer transversalement à cheval sur le col et même de l'enclaver dans le fond. Cette situation fut du reste confirmée au cours de notre examen par l'urèthre à l'aide de l'explorateur métallique et du crochet de Guyon, à l'état de veille et sous le sommeil chloroformique, et surtout après ouverture de la vessie.

Toutes les manœuvres qu'il nous était possible de tenter par l'urèthre, après dilatation extemporanée, ayant échoué, nous fûmes obligé de faire la cystotomie sus-pubienne, après incision transversale des téguments, de manière que plus tard celle-ci fût masquée par les poils du mont de Vénus. Nous fîmes à la vessie une incision d'un centimètre

et demi et, avec l'extrémité du petit doigt, nous dégageâmes l'épingle ; double surjet au catgut fin, prenant isolément la muqueuse et la musculeuse. Drainage aux crins de Florence de la cavité de Retzius. Guérison complète.

L'opération fut rapide, facile et des plus bénignes dans ses suites.

N'envisageant que les corps étrangers vésicaux chez la petite fille, nous concluons qu'en règle générale, il faut, avant d'ouvrir la vessie, utiliser tous les moyens que nous possédons pour l'extraction par les voies naturelles ; dans certains cas, on aura la main forcée et la cystotomie, opération précise et rapide, devra être pratiquée, mettant à l'abri de longues manœuvres, imprudentes et souvent dangereuses dans une vessie déjà altérée.

*

Des corps étrangers de la vessie chez l'enfant. Diagnostic. Extraction. (Thèse inspirée au Dr Duvard, 1903).

Démonstration de la bénignité de la taille sus-pubienne chez l'enfant et de son utilité dans le cas où il aura été impossible d'extraire le corps étranger par les voies naturelles.

*

Prolapsus uréthral. (Société d'anatomie de Bordeaux, 21 avril 1901.)

Fillette de dix ans. Tumeur sessile, aplatie transversalement, insérée sur le vestibule entre le clitoris et l'orifice vaginal, rouge sombre, très enflammée, présentant à sa partie supérieure, à gauche, un petit point de sphacèle ; centrée par l'orifice de l'urèthre. Irréductibilité de la tumeur.

Excision (Piéchaud). Guérison.

L'examen histologique démontra, au-dessous de la muqueuse enflammée, des ectasies veineuses assez importantes.

Tuberculose épididymaire chez l'enfant (Société d'anatomie de Bordeaux, 14 décembre 1903, et *Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1904.)

Travail basé sur six observations personnelles, provenant de la clinique du Professeur Piéchaud.

Cette tuberculose est d'une extrême rareté par rapport aux autres tuberculoses locales : le testicule est, en effet, un organe jouissant à cette période d'une vie latente, pourvu d'une faible vascularisation et, par conséquent, peu apte à recevoir l'infection sanguine.

Elle évolue d'une façon insidieuse et demande à être recherchée. Sa marche chronique est compatible avec un assez bon état général.

Chez les six enfants observés, la tuberculose a toujours débuté par l'épididyme.

Dans l'observation II, elle remonte dans le cordon, jusqu'au trajet inguinal. Dans l'observation III, la vésicule et la prostate du côté correspondant sont tuméfiées et douloureuses. Dans l'observation IV, un abcès se forme dans la prostate, se vide dans l'urèthre et, à la même époque, débute une tuberculose épididymaire du côté opposé.

Le testicule peut être envahi secondairement (observation III) ; il existe souvent de l'hydrocèle, d'où possibilité d'une erreur de diagnostic si l'examen est rapide.

Les lésions peuvent subir la transformation fibreuse; dans cinq de nos observations, la suppuration se produisit.

Il existe des différences entre l'épididymite tuberculeuse de l'enfant et celle de l'adulte : les lésions s'installent et évoluent plus rapidement, car le testicule de l'enfant est un organe non développé, jouissant d'une faible vascularisation et, par conséquent, n'opposant qu'une très minime résistance vitale à l'infection. L'envahissement de l'appareil séminal (vésicule, prostate) est excessivement rare. Ces lésions évoluent dans l'ombre ; elles rétrocèdent parallèlement aux

lésions épididymaires ou peuvent aboutir à la suppuration.

Malgré cela, l'affection, en tant que *lésion primitive*, présente une bénignité pronostique évidente, due à la résistance de l'organisme atteint ; elle est restée lésion locale dans tous les cas que nous avons pu suivre. Au contraire, la tuberculose épididymo-testiculaire *secondaire* traduit une infection avancée, une profonde atteinte de l'organisme.

Le traitement institué a été celui de la tuberculose en général ; et au point de vue local, au début, la compression ouatée et l'immobilisation des bourses ; à la période d'abcès ou de fistule, l'ignipuncture plus ou moins profonde et l'extirpation, dans certains cas, des masses caséeuses à la curette. Les résultats sont très bons ; dans un cas, récidive des lésions dans un foyer scléreux (observation II).

⁂

Hypertrophie compensatrice du testicule sain : symptôme de l'ectopie haute *(Bulletin de la Société de pædiatrie de Bordeaux*, 9 juin 1903).

D'après l'examen de plusieurs enfants atteints d'ectopie testiculaire, il nous a semblé que lorsque le testicule était ectopié dans la partie toute supérieure du trajet inguinal ou lorsqu'il était impossible de le déceler, celui-ci étant probablement en ectopie iliaque ou abdomino-lombaire, le testicule normalement situé était accru de volume, venant ainsi suppléer l'organe ectopié dont le développement est, comme on le sait, imparfait.

⁂

Décollement épiphysaire de la tête du fémur. (Société d'anatomie de Bordeaux, 21 avril 1901.)

Décollement produit par le saut d'une barrière chez un enfant de quatorze ans.

La radiographie montre les changements de rapports entre le col et la tête, absolument identiques à ceux qui sont indiqués par le professeur Kirmisson.

Ce décollement épiphysaire a été probablement favorisé

par des troubles congestifs se passant du côté du cartilage de conjugaison. L'enfant accusait depuis quinze jours des douleurs de croissance dans la hanche.

*

Fracture sus-malléolaire chez un enfant de dix-huit mois. Ostéotomies cunéiforme du tibia et linéaire du péroné. Redressement complet (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 11 décembre 1903).

Il est rare qu'on intervienne chirurgicalement pour une consolidation vicieuse de fracture produite chez le nouveau-né. Ces fractures, sous-périostées, ne s'accompagnent que d'un déplacement minime, sont facilement réductibles.

L'observation présente est un type de fracture obstétricale, survenue au cours d'une version, pendant l'extraction du membre inférieur, premier saisi. La manœuvre exécutée sur le pied accroché au-dessus de son dos et du talon, un mouvement de traction et d'élévation un peu brusque, expliquent le siège de cette fracture à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs. Cette fracture ne fut pas réduite, de telle sorte que la consolidation se fit dans une attitude des plus vicieuses : la jambe présente un véritable coude, à angle obtus (125°) ouvert en dehors.

Cette déformation s'accompagne d'un sillon profond au pli de flexion du membre qui semble *étranglé* sur sa face externe ; au-dessous de lui, du reste, la jambe, le pied sont atrophiés.

L'intervention fut conduite régulièrement : résection cunéiforme du tibia en premier lieu, puis section du péroné qui résistait et formait attelle.

La consolidation se fit normalement ; aujourd'hui le membre est dans une parfaite rectitude. Mais on constate, en même temps que l'atrophie du pied et de la jambe (tiers inférieur), un raccourcissement de quatre centimètres.

L'idée d'un décollement épiphysaire est ici à rejeter : le siège de la lésion est bien supérieur.

Pour expliquer cette atrophie marquée, nous invoquons le trouble apporté dans la croissance du membre par la déformation si accentuée, la constriction des éléments trophiques (vaisseaux et nerfs) au niveau du pli de flexion, le retentissement néfaste sur le cartilage épiphysaire, peut-être par le fait de son ébranlement au moment du traumatisme obstétrical.

*

Ostéomyélite du nouveau-né (Société d'anatomie de Bordeaux, 28 septembre 1903).

Enfant de un mois, débilité, athrepsique ; foyer ostéomyélitique sur la face interne de l'extrémité inférieure du fémur. Début insidieux, sans fièvre, sans les phénomènes généraux graves de l'ostéomyélite.

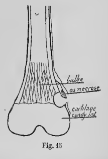


Fig. 15

L'intervention consista à inciser l'abcès (15 à 20 gr. de pus). Sclérème, hypothermie, mort.

Point de départ probable de l'infection : large plaie vaccinale suppurante. Lésions diaépiphysaires très localisées, intéressant sur une certaine épaisseur l'os et le cartilage épiphysaire (voir fig. 15).

L'ostéomyélite est rare chez le nouveau-né ; néanmoins il faut retenir chez lui deux grandes portes de l'infection : la plaie ombilicale et les plaies vaccinales.

*

Ostéomyélite atténuée de l'extrémité inférieure du tibia. Intervention. Guérison (Société de Pædiatrie de Bordeaux, 24 novembre 1903).

Enfant de neuf ans. — Poussée aiguë d'ostéomyélite qui semble avoir été enrayée par l'application de glace ; nouvelle poussée inflammatoire, mais légère quinze jours après. Sur la face interne du tibia augmentée de volume, petit foyer fluctuant contenant du séro-pus (ponction exploratrice).

Intervention : périoste très épaissi, lardacé, contenant encore quelques gouttes de séro-pus ; trépanation large : os épaissi, tissu spongieux très serré contenant des fongosités et dans la cavité médullaire, petits séquestres ivoirés ; curettage de la cavité médullaire. Au bout de quarante-huit jours, guérison et cicatrisation complète.

Le pus et les fongosités ne contenaient aucun microbe : stérilité démontrée par ensemencement (Ferré, Sabrazès).

On peut se demander, en pareil cas, si l'atténuation du processus ostéomyélitique, si la stérilisation du pus et des fongosités médullaires sont le fait de la réfrigération ou ne sont pas plutôt le résultat de la faible virulence des microbes et de la résistance du terrain sur lequel ils ont évolué. En tout cas, l'amicrobisme nous paraît ici secondaire.

*

Luxation congénitale de la hanche. Réopération après un premier insuccès. Réduction complète par la méthode de Lorenz. (Société d'anatomie de Bordeaux, 16 novembre 1903.)

L'égalité des membres, la situation normale du trochanter, la perception nette de la tête au-dessous des vaisseaux, faisant une très légère saillie dans le triangle de Scarpa, le

contrôle rigoureux des radiographies avant et après l'intervention, démontrent la réduction anatomique complète.

*

Pied bot valgus paralytique ; Anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil (Société de médecine et de chirurgie, 12 février 1904, en collaboration avec le professeur Piéchaud).

La question du traitement chirurgical des paralysies infantiles partielles est aujourd'hui à l'ordre du jour en France et en Allemagne.

Le cas présent concerne un enfant de dix ans qui fut opéré à l'âge de quatre ans pour une paralysie isolée du jambier antérieur. Le procédé employé fut celui du professeur Piéchaud : avivement, sur une longueur de 4 à 5 centimètres, des bords des tendons en rapport, double surjet à la soie sur les tendons, surjet au fin catgut des gaines synoviales de manière à former un manchon séreux aux deux tendons suturés. Suture des téguments. La suppléance par l'extenseur propre est parfaite ; le valgus a disparu : l'enfant marche sans gêne et court de même. La constatation d'un pareil résultat six ans après l'intervention est assez intéressante.

*

Contribution à l'étude d'une forme spéciale de brachydactylie (*Journal de médecine de Bordeaux*, 13 décembre 1903).

On doit désigner sous le nom de brachydactylie ce vice de conformation dans lequel les doigts ou les orteils présentent un développement anormal et une diminution dans leur longueur. Elle peut être congénitale ou acquise et, dans cette deuxième catégorie, nous devons faire rentrer comme facteurs pathogéniques, les lésions frappant les doigts ou les orteils, le métacarpe ou le métatarse (ostéomyélite, spina ventosa, ostéo-arthrite tuberculeuse) et les interventions chirurgicales pratiquées à leur niveau.

Une forme toute particulière de brachydactylie acquise, qui, nous le croyons, n'a pas été jusqu'ici spécialement étudiée, fait l'objet de ce travail ; elle concerne une jeune fille de treize ans qui, à l'âge de deux ans, fut atteinte d'un mal de Pott lombaire. De quatre à sept ans, traitement par l'extension dans l'appareil du professeur Piéchaud.

On nota, durant l'évolution du mal de Pott, des troubles parétiques et sensitifs des membres inférieurs, un abcès par congestion dans la fosse iliaque gauche. De sept à neuf ans, elle porta un corset de Sayre qu'elle enlevait la nuit. Aujourd'hui l'enfant est complètement guérie : il n'existe qu'une très légère gibbosité lombaire.

La croissance s'effectua d'une façon manifeste entre dix et douze ans ; or, vers l'âge de dix ans, sa mère commença à noter une légère irrégularité dans la longueur des orteils. Pendant ces trois dernières années, au fur et à mesure que l'enfant grandissait et que les pieds se développaient, la mère a vu se confirmer davantage cette inégalité dans le développement des orteils.

Comme le montrent les deux figures 16 et 17 (1) il y a brachydactylie au niveau des troisième et quatrième orteils gauches et du quatrième orteil droit. Cette malformation est caractérisée par la diminution très nette de *longueur* des métatarsiens et des phalanges, la diminution de leur *volume* (les métatarsiens paraissent plus grêles, les premières phalanges présentent une forme en sablier due à une excavation plus grande de leurs bords latéraux). Une diminution de volume s'apprécie également au niveau des phalangines et des phalangettes.

Tandis que l'extrémité distale du métatarsien paraît diminuée très nettement de volume, l'extrémité proximale en rapport avec le tarse a conservé son volume normal.

La couche de tissu compact diaphysaire est notablement

(1) Reproductions demi-schématiques des radiographies.

diminuée d'épaisseur au niveau des métatarsiens et des phalanges intéressées ; à leur niveau également, on constate la disparition de la traîne blanche représentant le cartilage

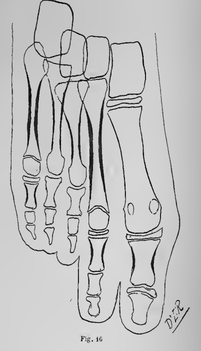


Fig. 16

conjugal, les travées osseuses se continuent directement de l'épiphyse dans la diaphyse. Enfin, notons la transparence plus grande du tissu osseux.

En résumé, ces lésions de brachydactylie sont surtout caractérisées par une diminution de longueur et d'épaisseur des os de l'avant-pied (métatarsiens et phalanges) due à une

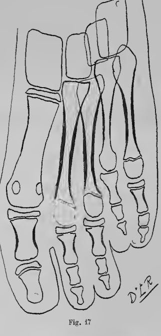


Fig. 17

aplasie génératrice du cartilage conjugal et du périoste, probablement liée à l'action des toxines bacillaires, soit directement sur les éléments générateurs de l'os, soit plutôt

par l'intermédiaire d'une lésion des filets nerveux trophiques de ces os.

*

Subluxation de la clavicule chez un enfant (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 janvier 1903, en collaboration avec le D[r] Charrier.

*

Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois avec réaction de dégénérescence (Société d'anatomie de Bordeaux, 10 novembre 1902, en collaboration avec le D[r] Guyot).

*

Paralysie infantile à type scapulo-huméral. (Société d'anatomie de Bordeaux, 7 décembre 1903, en collaboration avec Rabère, interne.)

Troubles trophiques très marqués de la musculature et du squelette (omoplate, humérus), subluxation en bas très accentuée de la tête avec allongement de la capsule.

Toute intervention (arthrodèse, capsulorraphie) a été jugée inutile, car le bénéfice que le sujet en retirerait est aléatoire, et peut-être ne pourrait-il plus obtenir de son membre *tous les services qu'il lui rend maintenant à l'aide des artifices vraiment ingénieux* dont il use.

C'est là un exemple typique de paralysie du moignon de l'épaule, dans lequel on n'a aucune raison pour intervenir. Cette abstention résulte de la comparaison que l'on doit faire entre l'état actuel du membre au point de vue fonctionnel et le résultat un peu hypothétique des opérations que l'on a à proposer.

*

Angiome caverneux de la face dorsale du poignet (Société d'anatomie de Bordeaux, 11 mars 1902, en collaboration avec le D[r] Guyot).

Malformations congénitales multiples : 1° Luxation en arrière des deux radius ; 2° Subluxation congénitale des deux hanches ; 3° Pied plat talus valgus ; 4° Hallus valgus (Société de Pædiatrie de Bordeaux, 7 juillet 1903).

*

Angiome de la région mammaire chez une fillette d'un an et demi (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 janvier 1903, en collaboration avec le Dr Charrier).

Volumineux angiome ayant envahi la presque totalité de la glande mammaire. L'électrolyse a été appliquée ici comme traitement de choix, dans le but de conserver, si possible, une partie de la glande.

*

Gangrène disséminée de la peau à forme térébrante (Société de Pædiatrie de Bordeaux, 9 juin 1903. — Société d'anatomie de Bordeaux, 9 juin 1902).

Etude basée sur deux cas à allure clinique spéciale et à pronostic grave, concernant l'un un enfant de deux ans (après une rougeole), l'autre un bébé de quatorze mois (au cours d'une broncho-pneumonie après une opération de hernie).

Les faits importants dans nos deux observations sont l'étendue et la forme de cette gangrène, frappant de vastes et profonds territoires de tissu cellulo-graisseux, au-dessous d'une peau qui résistait. Décollement, par la suppuration, des téguments de presque toute la moitié de la face. Pathogénie probable : embolie microbienne.

*

Autopsie d'un fœtus hydrocéphale. Pied bot, mains botes (Société de pædiatrie, 27 mars 1901, en collaboration avec M. M. Lafond.)

IV. — MÉDECINE

Anesthésie oculaire dans le tabes (Société d'anatomie de Bordeaux, 1er mai 1899).

Homme de quarante-huit ans, tabétique, intéressant au point de vue d'un signe que j'ai découvert chez lui : *l'anesthesie oculaire*. On peut appuyer fortement sur les yeux du malade, les repousser dans le fond de la cavité orbitaire, sans provoquer la moindre douleur. Je classe cette anesthésie dans la classe des anesthésies viscérales, si souvent constatées dans l'ataxie.

*

Note pour servir à l'étude des analgésies tabétiques. — Insensibilité des globes oculaires à la pression. (*Revue Neurologique*, décembre 1899, en collaboration avec le Prof. agrégé Abadie.)

Nous avons observé, à maintes reprises, chez plusieurs tabétiques, l'insensibilité complète des globes oculaires à la pression. Comme tous les autres organes, l'œil possède une sensibilité spéciale à la pression, que l'on peut rapprocher dans une certaine mesure des sensibilités viscérales profondes. La pression violente et brusque des globes oculaires se traduit par une douleur aiguë, accompagnée de phénomènes lumineux intenses. Si la compression s'exerce progressivement chez un sujet sain, au travers des paupières closes, dans la direction des grands axes oculaires, elle provoque une sensation douloureuse *sui generis*, à laquelle le sujet cherche à se soustraire en se rejetant en arrière. En ce

qui concerne les réactions douloureuses, les coefficients de sensibilité personnelle restent sensiblement égaux entre eux.

Il n'en est pas de même dans le tabes, et l'on rencontre chez les tabétiques des différences très marquées qui vont de l'hyperalgésie oculaire jusqu'à l'analgésie complète en passant par l'hypoalgésie plus ou moins marquée. Ces modifications de la sensibilité oculaire se rencontrent dans un peu plus de la moitié des cas de tabes observés. On constate surtout de l'hypoalgésie et de l'analgésie oculaire à la pression, l'hyperalgésie étant beaucoup plus rare. En rapprochant cette nouvelle analgésie des analgésies vésicales déjà connues dans le tabes par les travaux de Pitres, Rivière, Bitot et Sabrazès, Sicard, on peut dresser l'échelle de fréquence suivante :

Analgésie	testiculaire	Observée dans	57 o/o	des cas.
—	oculaire	—	48	—
—	mammaire	—	54	—
—	épigastrique profonde	—	44	—
—	trachéale	—	40	—

L'analgésie oculaire ne paraît pas présenter des rapports directs avec les troubles de la sensibilité conjonctivo-cornéenne, ni avec la tension intra-oculaire. Il est plus rationnel de penser à une altération matérielle ou fonctionnelle des nerfs sensitifs de l'œil ou de leurs noyaux d'origine.

L'étude de la sensibilité oculaire à la pression et de ses modifications dans le tabes et dans la paralysie générale a été complétée dans les thèses de M. Lemerle (Bordeaux, 1900) et de M. Devillard (Bordeaux, 1900).

*

Anomalie congénitale du rire (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 29 janvier 1904, en collaboration avec le Dr Debédat).

Jeune fille de quatorze ans. Faciès normal à l'état ordinaire. Lorsqu'elle rit, la moitié supérieure du visage rit

franchement, la moitié inférieure exprime très manifestement le pleurer. Le fait se note aussi bien sur une photographie que sur la malade elle-même ; il suffit de masquer alternativement la partie du visage sus ou sous-jacente à une ligne transversale passant par la moitié du nez. Il s'agirait peut-être d'une disposition particulière des noyaux bulbaires du rire et du pleurer qui sont très voisins l'un de l'autre et dont les effets peuvent s'entremêler, d'où les expressions : rire jusqu'aux larmes, rire jusqu'à en pleurer.

*

Lymphadénome généralisé à marche rapide, ayant débuté probablement par l'amygdale pharyngienne (In Traité des Tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes, de F. Lagrange, tome II).

Lagrange a rassemblé dans son traité vingt-cinq observations de lymphadénome de l'orbite. L'une d'elles concerne un malade du service de M. le professeur Piéchaud, âgé de six ans, qui se présenta à la consultation parce qu'il était gêné pour respirer.

Diagnostic : hypertrophie adénoïdienne. Ablation quinze jours après ; les ganglions sous-maxillaires et angulo-maxillaires, qui avaient subi une légère augmentation de volume après l'opération, présentent tout à coup une explosion dans leur développement. Tous les ganglions se prennent successivement et progressivement. Le diagnostic est confirmé par M. Sabrazès d'après l'examen du sang et d'un ganglion.

Apparition du lymphadénome *au niveau des glandes lacrymales : yeux bouffis de grenouille, dus au gonflement des paupières qui sont également infiltrées par le tissu lymphadénique.*

Le traitement par injection intra-ganglionnaire de doses massives de cacodylate de soude, n'a pas donné de résultat :

Généralisation du lymphadénome dans les os, les ganglions médiastinaux, l'intestin, les viscères. Mort.

*

Gommes tuberculeuses du foie. (Société d'anatomie de Bordeaux, 27 février 1899).

*

Notes sur les causes de l'abaissement rythmique du larynx et de la dépression inspiratoire des espaces intercostaux chez les dyspnéiques. (Société d'anatomie de Bordeaux, 8 mai 1899.)

Cassaët attribue la descente du larynx à l'existence d'adhérences pleurales unissant le diaphragme à la base du poumon, d'où entraînement de l'arbre bronchique, du larynx, au moment de l'abaissement inspiratoire du diaphragme. Constatant cette descente du larynx dans deux cas où la *suppression de la respiration diaphragmatique était complète*, nous en avons cherché les causes et sommes arrivé à cette conclusion : la descente du larynx dans la dyspnée est fonction du jeu de certains muscles inspirateurs accessoires: sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, qui entraînent à chaque inspiration le larynx en bas, et d'une façon d'autant plus accentuée que la dyspnée est intense.

La dépression inspiratoire des espaces intercostaux ne tient pas toujours aux adhérences pleurales sous-jacentes ; elle peut tenir, au niveau des espaces inférieurs, à l'impossibilité pour le bord inférieur du poumon de descendre dans le sinus costo-diaphragmatique, élargi par l'écartement inspiratoire des côtes.

*

Un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse d'origine tuberculeuse. (Société d'anatomie de Bordeaux, 3 juillet 1899.)

Dans ce cas, la tuberculose hépatique a revêtu une marche aiguë et évolué sous le masque de l'ictère grave ; histologiquement, dégénérescence graisseuse de la totalité du

parenchyme, léger degré de sclérose périportale, présence de quelques follicules tuberculeux.

*

Cancer primitif et tuberculose fibreuse du poumon (*Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 8 octobre 1899, en collaboration avec le prof. agrégé Cabannes).

Cette observation tend à démontrer que l'on peut voir se développer sur un même lobe pulmonaire de la tuberculose et du cancer, maladies entre lesquelles on avait voulu établir autrefois un antagonisme que n'ont pas justifié les études ultérieures. Cette coexistence de sclérose et de cancer, qui n'est pas rare dans certains organes (foie, reins), se présente quelquefois dans le poumon; les cas de Friedlander, de Menetrier, de Leplat, le nôtre, le prouvent surabondamment. De plus, il semble ressortir de ces quelques faits que la sclérose pulmonaire a une action sur l'éclosion du cancer primitif ou secondaire de ces organes. Il est possible, et en cela nous nous rangeons à l'hypothèse de Menetrier, que l'irritation constante imprimée par le tissu de sclérose sur les cellules pulmonaires est susceptible de les modifier, de les ramener à l'état cubique embryonnaire, ce qui les rendrait plus aptes à faire du cancer.

*

Artérite coronarienne droite; angine de poitrine; mort (Société d'anatomie de Bordeaux, 26 novembre 1900).

Paris. — Imp. Jean Gainche, 15, rue de Verneuil. *Téléphone 724-73.*